

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	wellcome
Call	pam
No.	WC160
	1912
	G63s

Gonnet, A.

Sur la rééducation motrice
appliquée au traitement de l'atrophie
labiale. Quelques résultats

Lyon méd.,
1912.

LYON MÉDICAL

PARAIT TOUS LES DIMANCHES

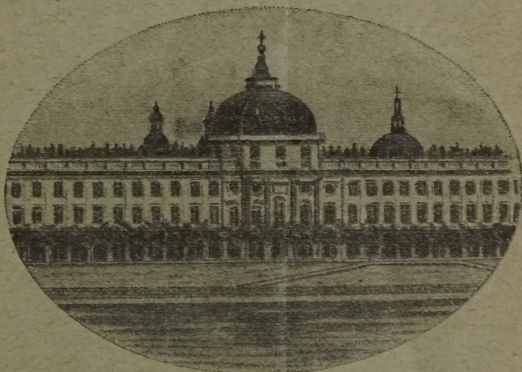
COMITÉ DE RÉDACTION

P. AUBERT - J. AUDRY - F. BARJON - L.-M. BONNET - L. BOUVERET - E. BRIAU
F. COLLET - R. CONDAMIN - J. COURMONT - H. DEBAUGE - X. DELORE
J. DRIVON - L. GALLAVARDIN - M. JABOULAY - E. JOSSERAND - M. LANNOIS
R. LEPINE - B. LYONNET - J. MOLLARD - G. NOV. - JOSSERAND - A. PONCET
E. ROLLET - H. SOULIER - L. TIXIER - E. VILLARD

Dr AUGUSTE GONNET

Ancien interne des hôpitaux

**Sur la rééducation motrice appliquée au
traitement de l'ataxie tabétique. Quelques
résultats.**



Dr B. LYONNET, Rédaction - Dr F. BARJON, Administration - Dr L.-M. BONNET, Abonnements, Echanges
12, Rue de la Barre, Lyon. — Téléphone: 18-61.

Abonnements : France, 15 fr. Etranger, 20 fr. — Le numéro : 0 fr. 50

40432957

GONNET

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	welMomec
Call	pom
No.	WC160
	1912
	G-63s



22501265751

With my best regards

Aug. GONNET

Extrait du *Lyon Médical* N° 14 — Dimanche 7 avril 1912

SUR LA RÉÉDUCATION MOTRICE

appliquée au traitement de l'ataxie tabétique

QUELQUES RÉSULTATS

PAR

M. Auguste GONNET

Ancien interne des hôpitaux.



J'ai soigné depuis novembre dernier six cas d'ataxie tabétique par la rééducation motrice. Qu'il me soit permis d'en remercier M. le Prof. Roque qui a bien voulu m'accueillir dans son service et y faire installer pour moi quelques appareils, MM. Leclerc et Mouisset qui ont consenti à me confier des malades. Je désirerais vous communiquer les résultats obtenus.

Un mot sur le choix des malades. J'ai dû en éliminer quelques-uns parce qu'ils présentaient, en dehors de l'ataxie, dans quelque autre symptôme ou lésion, une contre-indication évidente, arthropathie du genou ou amaurose entre autres. Si avancé qu'il puisse être, le degré de l'ataxie ne saurait par contre à *lui seul* faire renoncer au traitement. Si l'on ne peut espérer guérir tout à fait un malade trop atteint, il est souvent possible de le ramener d'une impotence totale à un large usage de ses mouvements. J'aurai l'honneur de vous présenter un exemple à cet égard caractéristique.

Quant à la méthode suivie, je ferai seulement quelques remarques.

Je me suis occupé uniquement de la station et de la locomotion, des membres inférieurs et du tronc. Les malades ont

Communication faite à la *Société médicale des Hôpitaux*, le 26 mars 1912.

en général passé par les diverses séries d'exercices : décubitus, station assise, station debout et marche. Il convient d'ajouter qu'il ne s'agit pas d'une suite uniforme à appliquer indistinctement à tous les cas ; la méthode doit se baser sur l'examen minutieux de chaque malade et s'accommoder au degré et à la forme spéciale du trouble moteur. Il faut donc *choisir* les exercices.

Parmi les préceptes qui m'ont spécialement guidé, il me paraît intéressant d'en souligner deux.

Le premier concerne l'importance de la *rééducation du tronc*, sur laquelle M. Constensoux a, en particulier, beaucoup insisté. Pas d'ataxie notable, dit cet auteur, sans participation de la musculature du tronc ; pas de rééducation complète qui ne s'occupe avec soin d'en corriger les troubles. Les exercices en station assise permettent de s'y adresser spécialement ; dans tous les cas, il faut voir comment se comportent les épaules et en faire corriger les fautes.

En second lieu, il faut souligner l'importance des *exercices de station*. Tout mouvement actif comporte, outre le déplacement de certaines parties, la fixation de celles qui servent de point d'appui. Dans le tabes, le trouble des contractions stabilisatrices joue un rôle souvent plus important que celui des contractions proprement motrices. C'est ainsi que, quand l'ataxie frappe inégalement les deux côtés du corps, c'est le pied du côté *le moins malade* qui talonne le plus ; le poser précipité du pied qui avance traduit l'instabilité du pied à l'appui. Pour apprendre à marcher, il faut donc apprendre à se tenir debout, et, autant que possible, sur un seul pied. Mes malades modérément atteints se sont donc efforcés, la plupart avec succès, de réaliser la station unipodale.

Les résultats furent bons dans quatre cas, médiocres ou nuls dans deux.

Dans les premiers, l'amélioration se manifesta de bonne heure et fit des progrès réguliers, souvent sensibles d'un jour à l'autre.

Un seul m'a donné un résultat parfait en un mois de traitement. Il s'agissait d'un malade du service de M. le professeur Roque, tabétique depuis trois mois. L'ataxie, encore légère, ne se manifestait pas dans les mouvements d'épreuve exécutés au lit ; on notait seulement, dans la station comme dans la marche,

des oscillations exagérées des épaules, entraînant des faux pas assez nombreux et rendant très difficile la station unipodale et les types de marche modifiés, comme de monter ou descendre un escalier. Du tout était responsable l'hypotonie qui frappait les divers muscles, mais surtout ceux du tronc. Il n'y avait aucun trouble de la sensibilité articulaire.

Ce malade fut exercé à contracter, contre opposition légère de la main, les divers muscles moteurs du tronc. Il apprit à se tenir, aussi longtemps qu'on le lui demandait, sur un seul pied, l'autre jambe était soulevée en différentes directions. Insistance particulière était faite, dans les divers exercices de station et de marche, sur la fixation des épaules et sur l'adaptation constante de leurs attitudes et mouvements à ceux des membres inférieurs. Le malade redevint capable d'exécuter sans faute, les yeux ouverts ou fermés, tous les mouvements de la vie courante. Il fut possible de le considérer comme pratiquement guéri du symptôme ataxie.

Deux autres malades, un homme du service de M. Leclerc, une femme de celui de M. Mouisset, étaient un peu plus atteints, présentaient quelques troubles de la sensibilité articulaire et des mouvements au lit. Ils furent très améliorés et auraient sans doute obtenu, avec un peu plus de temps, un résultat aussi parfait. Ils n'eurent pas la patience de l'attendre et quittèrent l'hôpital au bout d'un mois et un mois et demi.

Je vous présente ici un tabétique du service de M. Leclerc, âgé de 58 ans, ancien manoeuvre dans une fonderie, très puissamment musclé. Le tabes, qui remonte chez lui à deux ans, l'avait conduit à une impotence très prononcée. Avant le traitement, il ne pouvait en aucune manière se tenir debout sans appui. On constatait chez lui de l'abolition de la sensibilité articulaire aux orteils et aux cous-de-pied. L'ataxie était nette dans tous les mouvements des membres inférieurs, même les plus simples. Il faut signaler particulièrement ici le rôle de l'hypotonie des fléchisseurs du tronc : on la mettait en relief en priant le malade de contracter la paroi abdominale ou de ramener le tronc en avant contrairement à l'action de la pesanteur, alors qu'il était, par exemple, légèrement adossé à une chaise. Ces essais démontraient chez lui une véritable parésie, qui subsiste encore en grande partie, des fléchisseurs de la colonne. Il existe de plus une déformation permanente, expli-

cable par l'insuffisance des mêmes muscles, qui se traduit par l'ensellure lombaire et par la projection en arrière du haut de la colonne dorsale et des épaules. On conçoit facilement le grave retentissement que de tels troubles peuvent avoir sur l'équilibre. Ils entraînent, entre autres conséquences, la flexion compensatrice des genoux dans la marche.

Les séances de rééducation furent à peu près quotidiennes pendant trois mois. Aujourd'hui le malade se tient debout sur sur les talons joints, sans appui, pendant une minute et plus ; il s'habille et se déshabille debout ; il marche sans soutien aucun, sur un parquet, pendant quarante pas, se retourne sur lui-même, transporte sa chaise, etc. Il se fatigue, il est vrai, vite, et sa démarche est encore très vicieuse : jambes écartées, talonnement, pas courts et inégaux, etc. La valeur du résultat acquis n'en est pas moins incontestable et, on l'avouera, considérable, puisque ce malade est parti d'une impotence à peu près complète. Sans doute eût-il bénéficié d'une prolongation des exercices ; par malheur, une myocardite chronique dont il est porteur et qui était bien supportée au début du traitement, a fait des siennes dans l'intervalle ; un peu d'œdème des jambes est apparu et nous condamne à interrompre les fatigues de la rééducation.

J'ai enregistré deux échecs, l'un partiel, l'autre total.

Les séances de rééducation sont toujours fatigantes, non seulement par l'effort physique qu'elles exigent, mais par la tension intellectuelle qu'elles mettent en jeu. La difficulté à vaincre est souvent considérable et occasionne une appréhension parfois insurmontable.

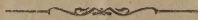
C'est ce qui s'est passé chez cette malade du service de M. le Prof. Roque, qui est atteinte d'un degré assez prononcé d'ataxie, quoique encore capable de se tenir debout et d'avancer sans appui. Elle apprit d'abord à exécuter les exercices au lit, puis en position assise, puis à s'asseoir et à se lever de sa chaise sans le secours des bras. Les exercices de station et de marche ne lui ont pendant longtemps fait faire aucun progrès. Elle était saisie d'appréhension et ne parvenait pas à soulever dans la station un pied du sol, à se hausser sur la pointe des pieds. Ma présence l'intimidant, paraît-il, je la laissai quelque temps s'exercer seule et elle paraît y avoir gagné quelque peu, jouir désormais d'une statique un peu plus sûre, d'une démarche un peu plus aisée.

Le résultat est chez elle et, malgré des progrès encore possibles, restera sans doute médiocre. C'est, je le répète, à une émotivité exagérée, vraiment paralysante, à une auto-suggestion d'impuissance (à son entrée la malade fit quelques instants l'impression d'une abasique fonctionnelle) qu'il faut surtout en demander compte.

J'ai enfin enregistré un échec total chez un malade de la ville, que les séances de rééducation fatiguaient à l'excès. Malgré que la durée en eût été réduite d'un quart d'heure au début, à dix, puis à cinq minutes, ce sujet se plaignait d'éprouver après les séances une lassitude profonde, du tremblement, et, pour le reste de la journée, une aggravation nette de son ataxie. Après six semaines de traitement très irrégulier, il fallut renoncer.

La rééducation échoue donc plus ou moins complètement dans un petit nombre de cas ; chez des sujets trop avancés, elle ne peut amener qu'une restauration incomplète, quoique souvent très considérable, de la motilité. Elle exige des loisirs, des conditions suffisantes de repos général ; elle est longue et demande au malade comme au médecin de la patience, de l'énergie, de la foi dans le succès.

Dans ces limites et malgré ces difficultés, elle reste, sans doute, dans la grande majorité des cas, une méthode largement efficace qui peut souvent amener la disparition à peu près complète du symptôme, pénible entre tous, qu'est l'ataxie tabétique. Dans l'état actuel des choses, il ne semble pas possible de demander à aucun autre procédé thérapeutique, en aussi peu de temps ni avec autant de chances de réussite, le même résultat.



1875

